SANTÉ QUÉBEC

LES MESURES DE SANTÉ MENTALE POSSIBILITÉS ET LIMITES DE LA MÉTHODOLOGIE UTILISÉE

Cahier technique 87-06

Chantal Perrault

WA
900
DC2.1
Q44
E54
1987
V. 87-06

Québec

INSPQ - Montréal
3 5567 00001 5468

WA CENTRE DE DOCUMENTATION
900
D67.1
Q44
E54
1987
V.87-06

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC 1987
505, boul. de Maisonneuve ouest
Bureau 400
Montréal, Québec
H3A 3C2
(514) 842-5320

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

LES MESURES DE SANTÉ MENTALE POSSIBILITÉS ET LIMITES DE LA MÉTHODOLOGIE UTILISÉE

Cahier technique 87-06

Chantal Perrault

Décembre 1987

Cette enquête est menée par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les Départements de santé communautaire, sous la direction de Aline Emond.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE 5

INTRODUCTION 9

PREMIERE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL ET CHOIX DES VARIABLES

1. **Trois générations de chercheurs : trois cadres conceptuels** 13
   - 1.1 Première génération : causalité endogène et cas traités 13
   - 1.2 Deuxième génération : environnement social et détresse psychologique . . 13
   - 1.3 Troisième génération : causalité multiple et syndromes spécifiques 14
2. **Le cadre conceptuel du volet santé mentale de l'enquête Santé Québec** . 14
3. **L'état de santé** 15
   - 3.1 Les troubles psychologiques 15
     - 3.1.1 Les troubles psychologiques légers 15
     - 3.1.2 Les idées et les gestes suicidaires 15
     - 3.1.3 Les troubles psychologiques sévères 16
   - 3.2 Le bien-être psychologiques santé mentale positive) 16
4. **Des déterminants** 16
   - 4.1 Les événements stressants 16
     - 4.1.1 Les événements récents 17
     - 4.1.2 Les événements anciens 17
   - 4.2 Le support social : variable tampon 17
     - 4.2.1 La participation à la vie sociale de l'entourage 17
     - 4.2.2 La satisfaction face à l'entourage 17
     - 4.2.3 L'accès à un(e) confident(e) . 18
     - 4.2.4 L'accès à de l'aide en temps de crise 18

DEUXIEME PARTIE : LES INSTRUMENTS DE MESURE 20

1. **Le Psychiatric Symptom Index (PSI) de F.W. Ilfeld** 21
2. **L'échelle de bien-être de Santé Québec (BESQ)** 23
3. **Les questions sur les idées et les gestes suicidaires** 25
4. **Les questions sur les problèmes psychologiques sévères** 27
5. **Les questions sur les événements stressants récents** 27
6. **Les questions sur les événements anciens** 28
7. **Les questions sur l'intégration sociale** 28

BIBLIOGRAPHIE 31

PRÉFACE

L'enquête Santé Québec a été commandée par le ministère de la Santé et des Services sociaux conjointement avec les trente-deux (32) départements de santé communautaire (DSC). Elle a pour but de répondre aux besoins des planificateurs et des décideurs et d'obtenir des données complémentaires à celles que nous possédons déjà sur différents aspects de la santé des Québécois et des Québécoises tant dans le domaine des affections physiques que psychologiques.

Les déterminants de la santé, l'état de santé ainsi que ses conséquences ont été pris en compte.

Les renseignements actuels sur l'état de santé sont insuffisants. Les informations dont on dispose sont principalement axées sur les cas pris en charge par le système de soins. Les états morbides qui ne font pas appel au système officiel, comme l'automédication, les facteurs de risque, les conséquences à long terme des affections traitées ou pas, ne font l'objet d'aucune cueillette systématique.

Le projet de Santé Québec est en cours depuis 1980. Dès l'arrêt de l'enquête Santé Canada en 1979 et même durant sa réalisation, la faible représentation régionale de l'échantillon québécois et le nombre restreint de ménages justifiaient déjà un tel projet.

Contenu de l'enquête

L'utilité, la pertinence et la comparabilité des renseignements avec d'autres sources d'information ont servi de base au choix des thèmes et des questions retenues. De plus, l'ensemble s'inscrit dans la continuité de l'Enquête Santé Canada. Enfin, pour la première enquête de santé au Québec, les instruments et les questions proviennent presque entièrement de questionnaires ou d'enquêtes, utilisés ou réalisés dans des contextes comparables à ceux prévus par la présente. Nous voulions éviter le plus possible les questions non validées auprès de la population dans le cadre de cette première enquête.

La définition du contenu s'est appuyée sur trois sources principales:

- le contenu de l'Enquête Santé Canada;
- les éléments de l'enquête pilote réalisée en 1983 dans les territoires des DSC de Verdun et de Rimouski;
- les objectifs particuliers élaborés par les responsables du dossier au ministère de la Santé et des Services sociaux et les recommandations de groupes de travail sur l'élaboration des questionnaires.

Le travail de différents comités a permis de finaliser la liste des sujets à traiter et des questions à retenir. Le libellé des questions a dû parfois être révisé pour des raisons de durée des questionnaires, et de facilité de compréhension pour le questionnaire autoadministré. De même, sur recommandation de consultants ou de groupes de travail, certains sujets n'ont pas été inclus dans cette première enquête (voir le tableau 1 pour la liste des sujets retenus et à revoir). Les sujets non retenus feront l'objet de consultations plus étendues aux fins d'une future enquête et les thèmes retenus seront analysés quant à leur valeur de prédiction pour les objectifs visés.

Tableau 1

Thèmes retenus pour l'enquête Santé Québec (1987) (*)

DÉTERMINANTS	ÉTAT DE SANTÉ	CONSÉQUENCES
habitudes de vie antécédents environnement	physique perçu/observé psychologique positif/négatif social	consommation conséquences sur la fonctionnalité
SUJETS SPÉCIFIQUES		
HABITUDES DE VIE • consommation d'alcool • usage du tabac • activités physiques • usage de véhicules-moteurs • sommeil • prévention féminine • usage des drogues	SANTÉ PHYSIQUE • limitation d'activité • problèmes de courte durée • problèmes chroniques • audition/vision • accidents/blessures • incapacités • perception générale	CONSOMMATION • professionnels rencontrés • lieu de consultation • usage de médicaments
ANTÉCÉDENTS • antécédents personnels • antécédents familiaux	SANTÉ PSYCHOLOGIQUE • suicide • troubles psychologiques • santé mentale positive	CONSÉQUENCES SUR LA FONCTIONNALITÉ • journées d'incapacité • mobilité • besoin d'aide • impact sur les rôles
ENVIRONNEMENT • travail • revenu • âge • sexe • scolarité • soutien social • évènement stressants	SANTÉ SOCIALE • problèmes sociaux	

Thèmes non retenus dans l'enquête de 1987 et à examiner pour une enquête subséquente
- Etat de la santé mentale des enfants de moins de 15 ans
- Mesures bio-médicales ex. cholestérol, glucose, pression artérielle, etc.
- Alimentation
- Comportements sexuels
- Santé des travailleurs

(*) Cette liste s'inspire du modèle de l'Enquête Santé Canada.

Méthode d'enquête

La population visée par l'enquête québécoise de 1987 est l'ensemble des ménages privés de toutes les régions socio-sanitaires du Québec à l'exclusion de la région 10 (Nouveau-Québec) et des réserves indiennes.

L'échantillonnage des ménages s'est fait à partir d'unités primaires d'échantillonnage (UPE). Ces unités ont été établies après un découpage du Québec en onze (11) régions socio-sanitaires puis en trente-deux (32) DSC. Chacun des trente-deux (32) DSC a été découpé en aires géographiques. Ces aires sont formées d'un secteur de dénombrement ou d'un regroupement de secteurs de dénombrement contigus. Dans les DSC urbains les aires géographiques qui deviennent des UPE sont plutôt formées d'un îlot, d'un côté d'îlot ou d'un regroupement de ceux-ci. Pour chaque DSC un échantillon à deux degrés est tiré. Le premier degré consiste à tirer aléatoirement un échantillon d'UPE dont la probabilité d'être tirée est proportionnelle au nombre de logements privés de l'UPE (selon le recensement de 1981) à partir des aires géographiques définies. Le deuxième degré consiste à tirer aléatoirement des logements privés dans chacune des UPE choisies au hasard. 13 700 logements ont ainsi été tirés.

La liste des logements privés de chacune des UPE choisies a été complétée par énumération sur le terrain. Les énumérations précèdent les vagues de collecte de données.

La cueillette

La cueillette d'information se fait par entrevue directe auprès des ménages dont le logement a été choisi et par questionnaire auto-administré.

La collecte se déroule sur 8 vagues tout au cours de l'année 1987 pour tenir compte de la saisonnalité des problèmes de santé. Les 13 700 logements choisis sont répartis également entre chacune des 8 vagues. Par cette procédure, chacune des régions socio-sanitaires , chacun des DSC et un huitième des UPE choisies sont visités à chacune des vagues; 10 logements sont tirés par UPE et par vague.

Organisation de l'enquête

La réalisation de cette enquête est une entreprise unique; c'est dans un processus de concertation avec un nombre important de partenaires du réseau des services de santé et des services sociaux, du Ministère et des universités du Québec que l'opération a pu être menée à bien. Né de l'initiative des planificateurs ministériels suite à leurs besoins de données, le projet a d'abord fait l'objet d'un premier développement d'objectifs et d'un contrat avec l'hôpital Douglas pour l'élaboration d'un instrument de santé mentale.

Dans un deuxième temps une enquête pilote a été planifiée sous la coordination du Douglas et du ministère avec la participation active des départements de santé communautaires de Rimouski et de Verdun. Suite à cette expérience, les DSC ont uni leurs efforts à ceux du ministère de la Santé et des Services sociaux pour réaliser l'enquête Santé Québec 1987.

Les deux parties se sont entendues pour confier la gestion du projet à un directeur d'enquête placé sous la responsabilité d'un comité d'administration. Ce dernier est formé de six (6) membres répartis également entre les deux parties. Ils ont le mandat de s'assurer de la qualité scientifique et technique de l'enquête, d'actualiser l'opérationalisation du projet à l'aide des ressources humaines des deux entités et de superviser le travail du directeur de l'enquête.

La méthodologie a été développée grâce à la collaboration du Bureau de la Statistique du Québec. L'élaboration des questionnaires et du cadre d'analyse ont fait l'objet de recommandations de groupes de travail formés de représentants des DSC, du ministère et des universités. La collecte et la saisie des données ont été octroyées, après appel d'offre, à une firme privée.

Série de cahiers techniques

La série de cahiers techniques, dont la présente publication fait partie, explique différents éléments de l'enquête Santé Québec. Ces documents visent à renseigner les utilisateurs des données de l'enquête et à servir d'instruments de référence pour la planification des enquêtes subséquentes prévues pour 1992 et 1997.

Aline Emond
Directeure de l'enquête

INTRODUCTION*

Un des objectifs de Santé Québec est de mesurer l'état de santé mentale des Québécois.

Dans tous les pays l'évaluation de l'état de santé mentale est d'un intérêt certain. Des discussions d'ordre conceptuel et méthodologique persistent car le consensus sur les composantes irréductibles de la santé et de la maladie mentale reste à parachever. De plus, la fiabilité et la validité des instruments de mesure varient selon les objectifs à atteindre. Les résultats obtenus dans les grandes enquêtes de santé mentale sont donc tributaires du cadre conceptuel retenu et des limites des instruments de mesure utilisés.

Il y a au Québec une pénurie de données utiles à la planification des services et à l'approfondissement de nos connaissances en santé mentale. C'est dans ce contexte que l'on doit voir l'effort de Santé Québec pour arriver à une "mesure" de la santé mentale des Québécois.

Pour aider les planificateurs et les futurs utilisateurs de la banque de données, la direction de l'ESQ a donc décidé de publier ce 6e cahier technique qui a pour objectif :

1. de préciser le cadre conceptuel dans lequel s'inscrit le volet santé mentale de l'enquête et le choix des variables;
2. de présenter les possibilités et les limites méthodologiques des instruments retenus pour mesurer l'état de santé psychologique des Québécois.

Pour ne pas alourdir le texte, nous n'y faisons que très peu de références bibliographiques. Les textes qui ont servi à l'élaboration de ce cahier sont regroupés dans la bibliographie selon les grandes divisions de la table des matières.

---

* Au moment de l'enquête et de la rédaction de ce cahier, l'auteure, Madame Chantal Perrault, occupait le poste de conseillère en santé mentale au DSC de Maisonneuve-Rosemont.

PREMIÈRE PARTIE

Cadre conceptuel et choix des variables

1. Trois générations de chercheurs : trois cadres conceptuels

En Amérique du Nord, on tente depuis plus de cent ans de mesurer l'état de santé mentale, c'est-à-dire d'estimer à l'intérieur d'une population donnée, la prévalence de divers problèmes de santé mentale et les risques associés à l'occurrence de ces problèmes. Si le but reste toujours le même, la définition de ce qu'est un problème de santé mentale varie sous l'effet combiné des vents idéologiques dominants et des difficultés du parcours méthodologique. Afin de mieux saisir les choix de Santé Québec, nous résumerons brièvement la démarche conceptuelle et méthodologique de "trois générations de chercheurs" (Dohrenwend et Dohrenwend, 1982) dont l'objectif était de mesurer l'état de santé mentale des populations et d'en découvrir les déterminants et les conséquences.

1.1 Première génération : causalité endogène et cas traités

Cette première génération naît avec les études de Jarvis en 1855 et meurt avec la deuxième guerre mondiale. C'est à partir de l'étude des dossiers de patients qu'ont été formulées les premières hypothèses sur la distribution des problèmes de santé mentale dans la population. Croyant en la nature endogène de la maladie mentale, cette génération a surtout contribué à mettre en relief l'existence de facteurs associés au recours aux soins et services et l'importance de la fréquence des cas non diagnostiqués et non traités dans la population générale.

1.2 Deuxième génération : environnement social et détresse psychologique

L'armée américaine a eu sur la recherche en santé mentale en Amérique du Nord un impact important. Lors de la guerre de 39-45, tous les soldats recrutés pour les combats outre mer durent d'abord être certifiés en bonne santé physique et mentale. Le plus grand nombre de rejets eut pour cause un problème de santé mentale (Weissman et Klerman, 1978). De plus, beaucoup de soldats supposés en bonne santé mentale développèrent, suite à l'exposition aux combats ou aux camps de prisonniers, des troubles psychiatriques. Ce dernier phénomène est un des facteurs qui a permis de remettre en cause la nature endogène de la maladie mentale et de soulever des hypothèses sur le rôle joué par un environnement défavorable, dans le déclenchement des problèmes de santé mentale. Quelques années plus tard, les travaux de Selye sur le stress viendront renforcer et alimenter cette orientation.

Recrutement et problèmes subséquents aux combats ont amené le Army Research Branch à concevoir des instruments simples et efficaces, économiques et rapides, capables de suppléer au jugement clinique et d'établir des seuils de vulnérabilité aux problèmes psychiatriques. C'est ainsi que se sont développés les "check lists" ou listes de symptômes qui devaient inspirer les questionnaires à partir desquels furent construites les échelles de santé mentale utilisées dans les enquêtes de santé mentale menées en Amérique du Nord.

Par la suite, plusieurs chercheurs se sont intéressés à la recherche des liens entre l'exposition à des événements stressants et à diverses conditions socio-économiques d'une part, et le risque de développer des problèmes de santé mentale d'autre part.

Durant les années 50, une remise en question de l'objectivité des diagnostics psychiatriques et la facilité du mode d'emploi des "check lists" de l'armée américaine accélèrent le développement des échelles de santé mentale fondées sur l'identification d'un ensemble de symptômes plutôt que sur l'identification de critères diagnostiques. Ces échelles tentent d'estimer la fréquence des gens ayant des symptômes assez nombreux et/ou intenses pour se classer dans un groupe "*très probablement à risque d'être à un niveau de détresse psychologique qui nécessiterait une intervention*" (Radloff, 1977).

Les échelles de santé mentale ont été largement utilisées dans plus de soixante enquêtes de santé mentale; le Stirling County Study au Canada et le Midtown Manhattan Study aux Etats-Unis en sont des exemples bien connus.

Toutefois, une revue critique de l'ensemble de ces enquêtes menée par Link et Dohrenwend pour le President's Commission on Mental Health conclut :

- les échelles de santé mentale donnent une mesure indirecte et imprécise de la prévalence des problèmes de santé mentale. Par contre, elles donnent un indice fidèle et valide de ce que certains qualifient de "démoralisation" et d'autres de "détresse psychologique"[1];

1. Au Québec l'expression "je suis démoralisé" renvoyant surtout à l'état dépressif nous préférons employer le terme "détresse psychologique" pour la suite de ce texte.

- la prévalence de la détresse psychologique semble associée de façon constante et consistante à l'âge, au sexe, au statut matrimonial, aux conditions économiques défavorables, aux problèmes de santé mentale, à la maladie physique chronique et au recours aux soins et services. Elle semble être un indicateur de première importance pour estimer le risque d'atteinte clinique dans des sous groupes de la population exposés à certaines situations chroniques ou événementielles.

La détresse psychologique est à l'ensemble des problèmes de santé mentale ce que la fièvre est à l'ensemble des maladies infectieuses : un symptôme mesurable, signe évident d'un problème de santé mais qui ne peut à lui seul éclairer sur l'étiologie et la sévérité du problème spécifique auquel il se rattache.

1.3 Troisième génération : causalité multiple et syndromes spécifiques

Diverses recherches ont mis en évidence que pour certains problèmes de santé mentale, l'environnement psychosocial était un déterminant important alors que pour d'autres problèmes l'hérédité semblait être le facteur primordial.

Pour progresser dans la connaissance étiologique il faut trouver le moyen d'estimer dans une population la fréquence de syndromes spécifiques. Mais on ne peut identifier de syndrome spécifique, s'il n'y a pas consensus d'une majorité de cliniciens sur ce que constituent les critères objectifs et irréductibles de la spécificité d'un syndrome.

Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III), adopté en 1980 par l'American Psychiatric Association, tente de résoudre en partie ces problèmes. C'est un code d'identification et de classification des troubles psychiatriques basé sur un ensemble de critères objectifs précis, nécessaires à la pose d'un diagnostic, et qui font consensus chez les cliniciens quelle que soit l'école de pensée - psychanalyse, behaviorisme, etc. - à laquelle ils se rattachent.

Ce code a permis le développement d'instruments dont l'objectif est d'identifier dans la population des syndromes spécifiques selon les critères du DSM-III. Le Diagnostic Interview Schedule (DIS) mis au point par une équipe de chercheurs sous la direction du Dr Lee Robins est le plus connu de ces instruments. Le DIS fut utilisé dans l'enquête de santé mentale menée aux Etats-Unis dans cinq régions différentes par le National Institute of Mental Health : le Epidemiological Catchment Area Program.

Ce type de recherche qui en est encore à ses débuts est fondé sur le concept suivant : les problèmes de santé mentale sont multiples, se manifestent selon un mode spécifique, et ont une étiologie propre.

2. Le cadre conceptuel du volet santé mentale de l'enquête Santé Québec

> "L'enquête Santé Québec s'inscrit dans un cadre conceptuel où l'on considère la santé comme le résultat d'un processus d'adaptation entre l'homme et son milieu. C'est un processus dynamique, c'est-à-dire que les éléments qui le composent peuvent s'influencer mutuellement, sans qu'il y ait linéarité. Il implique une interrelation complexe entre la biologie humaine, les comportements individuels et les différents aspects de l'environnement physique, social et économique. L'état de santé ici n'est pas apprécié par la seule condition dans laquelle l'organisme se trouve mais revêt un caractère fonctionnel comme résultat d'un processus d'adaptation que l'on peut vérifier par la capacité de l'individu d'exercer ses activités habituelles." (Chénard et al., 1985).

A l'intérieur de ce cadre, pour ce qui est du volet santé mentale, les objectifs prioritaires rejoignent le modèle général de l'enquête qui par rapport à l'état de santé tente d'en saisir les déterminants et les conséquences. Ils sont :

- estimer la prévalence des troubles psychologiques les plus courants;
- identifier les éléments du milieu (environnement) associés à cette prévalence;
- évaluer l'impact de ces troubles sur le fonctionnement des individus.

En 1981, le ministère de la Santé et des Services sociaux confiait à l'Unité de Recherches psychosociales du C.H. Douglas le mandat de choisir des indicateurs de santé mentale qui rencontreraient ces objectifs, de proposer les instruments adéquats susceptibles d'identifier les problèmes recherchés et de mesurer leur impact.

L'équipe du Douglas consciente du développement de la recherche dans ce secteur et des travaux du Epidemiological Catchment Area Program se questionne alors sur deux options possibles.

Devait-on utiliser des échelles de santé mentale capables d'identifier des états dépressifs et anxieux et donnant un indice fiable de détresse psychologique qu'il est possible de relier aux conditions présentes dans l'environnement?

Devait-on utiliser des questionnaires capables de diagnostiquer les syndromes eux-mêmes tels les troubles dépressifs (dépression majeure, mineure, réactionnelle), les troubles de l'anxiété (phobies, paniques), etc?

A la suggestion de A.H. Leighton (principal investigateur du Stirling County Study) et de H.B. Murphy les chercheurs décident de retenir la première option et de mesurer la détresse psychologique (versant négatif) et le bien-être psychologique (versant positif). Il était en 1981 trop tôt pour recommander l'utilisation d'instruments permettant l'identification de diagnostiques spécifiques dans une population très large et surtout dans le cadre d'une enquête générale. La validité et la fiabilité des instruments méritaient encore certaines analyses et les coûts seraient prohibitifs si l'on retenait la méthode de l'Epidemiological Catchment Area Program.

Le volet santé mentale de Santé Québec vient donc rejoindre les recherches de la deuxième génération.

Il s'agit de mesurer, pour l'ensemble du Québec, certains aspects de la santé mentale des 15 ans et plus au moyen d'instruments déjà employés aux mêmes fins dans des enquêtes semblables. Les déterminants de l'environnement psycho-social ont été choisis à partir des résultats de recherches antérieures ou concurrentes. Pour emprunter une image géographique, disons que Santé Québec a pour objectif de dresser une carte de certains problèmes de santé mentale et des accidents du terrain psycho-social qui selon les connaissances actuelles semblent en influencer le parcours. Par la suite, on peut espérer que cartes en mains, les chercheurs formuleront des hypothèses qui donneront lieu à d'autres études qui approfondiront encore nos connaissances en santé mentale.

Les variables de santé physique et mentale sont identifiées et justifiées dans le cahier technique 87-03 : "Source et justification des questions utilisées dans l'enquête Santé Québec". Pour ne pas répéter ce qui est déjà fait, nous insisterons dans ce cahier sur les raisons qui ont présidé au *choix* des variables et des instruments retenus.

3. L'état de santé

3.1 **Les troubles psychologiques**

L'expression "troubles psychologiques" s'applique à : *toute manifestation chez un individu d'un comportement associé à de la souffrance psychologique et à une diminution de la capacité d'accomplir des tâches usuelles.* Cette définition est très proche de la définition des désordres mentaux du DSM-III. Elle couvre aussi bien les états de crise réactionnelle que les troubles schizophréniques.

L'expression "troubles psychologiques" a été retenue car elle a l'avantage d'être plus précise que "problèmes de santé mentale" et moins médicale que "troubles mentaux"[1].

3.1.1 Les troubles psychologiques légers

Le qualitatif "léger" renvoie ici à des troubles parfois associés à une grande intensité de souffrance psychologique, mais, qu'il est présumément possible de prévenir ou de guérir à l'aide d'une infrastructure légère de soins et de services. Les états dépressifs et les états anxieux étant les plus répandus, nous avons retenu, pour mesurer l'intensité de la détresse psychologique, une échelle de santé mentale fondée en grande partie sur la symptomatologie des états dépressifs et des états anxieux (voir 2e partie).

Il s'agit bien d'identifier une symptomatologie et non d'identifier des diagnostics de dépression, d'anxiété ou autre : pour ce niveau de précision il aurait fallu des instruments capables de cerner les diagnostiques.

3.1.2 Les idées et les gestes suicidaires

Le suicide est un problème majeur au Québec et dans la plupart des sociétés occidentales; chez les jeunes et les personnes âgées il semble en progression constante. L'enquête Santé Québec tente donc de connaître la prévalence - à vie et sur 12 mois - des idées et des gestes suicidaires; cela permettra par la suite de formuler des hypothèses de recherche et de mieux cibler la prévention du suicide.

1. Groupe de travail chargé de la révision du volet santé mentale à l'été 1986.

3.1.3 Les troubles psychologiques sévères

Sont qualifiés de "sévères" les troubles mentaux particulièrement handicapant et dont le pronostic, à l'heure actuelle, est mauvais. Bien que leur prévalence soit relativement faible, les coûts sociaux et financiers qu'ils génèrent sont énormes.

Le cadre de l'enquête se prête mal à l'exploration de ces problèmes. L'échantillonnage exclut les institutions et d'autre part les individus directement concernés sont difficilement rejoignables par un questionnaire auto-administré. Les instruments retenus ne permettront que d'établir la distribution de certains problèmes avec l'aide du répondant du foyer.

Les troubles psychologiques sévères ainsi identifiés sont :

la déficience mentale
d'autres troubles cognitifs sévères
la dépression
des troubles psychotiques de longue durée.

3.2 **Le bien-être psychologiques (santé mentale positive)**

La santé, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, est un état de bien-être physique et psychologique. Elle ne saurait se définir uniquement par la négative, c'est-à-dire par l'absence de maladie ou d'infirmité. En santé mentale une telle déclaration rencontre beaucoup de résonance.

D'une part la tradition psychanalytique a toujours laissé entendre que la santé mentale est caractérisée par l'expression d'une énergie interne qui, lorsqu'elle n'est pas refoulée, permet à la personne humaine de réaliser ses aspirations intellectuelles, sexuelles et émotionnelles. D'autre part la tradition des sciences sociales soutient qu'il n'y a pas de limites aux possibilités de réalisation de la personne humaine, pour peu que l'environnement lui soit favorable.

La santé mentale peut se définir comme une force dynamique aux multiples composantes telles que la capacité de faire face au stress, de contrôler ses émotions, d'utiliser son énergie, etc. Si ces composantes sont identifiables, on peut donc en principe mesurer leur contribution relative à l'état de santé. Depuis 1960, un certain nombre de chercheurs se sont consacrés à la mesure de la santé mentale positive.

A la suite de l'enquête Santé Canada qui avait tenté en 1979 de mesurer le bien-être psychologique des Canadiens, l'équipe du Douglas a proposé d'inclure une mesure de santé mentale positive des Québécois fondée sur la perception subjective de sept dimensions du bien être psychologique, qui chacune ont un pôle positif et un pôle négatif.

Positif	Négatif
énergie	épuisement
contrôle des émotions	envahissement des émotions
bon moral	découragement
intérêt face à la vie	ennui
absence de stress	stress ressenti
bonne relation avec autrui	sentiment d'isolement émotionnel
bien-être physique	soucis de santé

4. Des déterminants

Tout comme l'état de santé physique, l'état de santé mentale varie selon les grands indicateurs sociodémographiques en particulier le sexe, l'âge, le revenu, le statut matrimonial. Mais d'autres éléments s'ajoutent à ces déterminants et ont une influence sur différentes composantes de la santé. Il s'agit particulièrement des événements stressants et du support social.

4.1 **Les événements stressants**

La recherche en santé mentale a identifié certains événements comme source de stress pouvant accroître la vulnérabilité de développer ultérieurement des troubles psycho-sociaux ou psychologiques.

Depuis le début des années 70, différentes enquêtes de santé mentale essaient de mesurer l'impact de certains de ces événements dits stressants; citons en particulier l'enquête Santé Canada, le projet pilote de l'ESQ*, la vague 2 du Epidemiological Catchment Area Program.

Nous n'avons retenu que certains événements stressants à mesurer. Certains chercheurs pensent que tout événement, heureux ou malheureux, qui entraîne un changement dans la vie de l'individu est source de stress, donc de vulnérabilité. D'autres pen-

* ESQ : Enquête Santé Québec; pour plus d'information sur l'enquête pilote le lecteur doit se référer au Cahier technique no 5.

sent au contraire que le lien de cause à effet n'a été établi que pour un nombre restreint d'événements et que dans l'état actuel de nos connaissances il faut éviter d'en répertorier un trop grand nombre. Selon la littérature, les corrélations statistiques significatives ne paraissent en général que pour les événements qui entraînent pour l'individu une perte importante ou un bouleversement notable de son mode de vie.

4.1.1 Les événements récents

Aussi, pour les fins de l'ESQ, 8 événements récents (c'est-à-dire qui se sont produits au cours des 12 dernier mois) ont été retenus. L'enquête pilote en avait étudiés 17. Ces huit événements sont parmi les onze cotés sur l'échelle de Holmes et Rahe comme les plus susceptibles d'entraîner un stress sévère.

Les événements retenus sont :

- le déménagement en dehors de sa région
- la perte d'un emploi régulier
- le début de la retraite
- une grave maladie personnelle
- la maladie grave d'un membre de la famille
- la séparation ou le divorce
- le décès d'un conjoint
- le décès d'une personne chère (autre que le conjoint).

4.1.2 Les événements anciens

De plus, l'ESQ colligera des données sur quatre événements de déstabilisation familiale qui se seraient produits dans l'enfance (avant l'âge de 12 ans), et que plusieurs auteurs affirment être des facteurs de risque pour le développement de troubles psychologiques persistants. L'influence du décès de la mère a été mise en évidence dans la dépression chez les femmes. La séparation d'avec les parents dans l'enfance a ses répercussions pendant l'adolescence et le placement en famille d'accueil semble être associé à de nombreux problèmes d'adaptation chez les adolescents. Etant donné le nombre de personnes rejoint par l'enquête Santé Québec, nous avons pensé qu'il serait intéressant de vérifier si les répondants dont l'enfance a été marquée par un événement majeur de déstabilisation familiale sont plus susceptibles que d'autres de présenter des symptômes de détresse psychologique.

Les événements retenus sont :

- le décès de la mère
- le décès du père
- Le divorce ou la séparation des parents
- Le placement en famille d'accueil.

4.2 **Le support social : variable tampon**

"Parmi les nombreux déterminants sociaux et psychiques de la santé et de la maladie, un aspect revient avec insistance chez les chercheurs et praticiens provenant des horizons les plus divers : l'impact sur la santé de la présence ou de l'absence d'intégration sociale, de réseaux sociaux d'interaction et de support auxquels les individus ont ou non accès" (Bozzini et Tessier, 1985).

Le support social semble agir comme tampon (buffer) et réduire le risque d'impact dû à des conditions défavorables ou à des événements stressants. Les termes "support social" et "réseaux sociaux" réfèrent à des entités globales dont certaines composantes sont plus importantes que d'autres comme facteurs de protection contre la détresse psychologique et les comportements suicidaires. L'enquête recueille de l'information sur les 4 composantes suivantes :

- la participation à la vie sociale de l'entourage,
- la satisfaction face à l'entourage,
- l'accès à un(e) confident(e),
- l'accès à de l'aide en temps de crise.

4.2.1 La participation à la vie sociale de l'entourage

A la suite du Health Insurance Study (Donald 1978) la fréquence annuelle des interactions sociales avec la parenté et les amis est étudiée et confrontée avec une mesure d'isolement social sur les 2 derniers mois.

4.2.2 La satisfaction face à l'entourage

C'est la satisfaction qu'une personne trouve à l'intérieur de ses diverses relations qui donne une idée de l'utilisation qu'elle fera de son réseau social en période de stress et non pas seulement la présence d'un conjoint, d'enfants, d'une parenté ou d'amis. Evidemment si on n'a ni conjoint, ni amis, ni famille on se trouve dans l'impossibilité de les utiliser en temps de stress, mais le fait d'être entouré ne garantit pas qu'on ait assez confiance dans son entourage pour s'appuyer sur lui quand surviennent les difficultés.

La mesure de la qualité du support social informel pose toujours un problème d'interprétation puisqu'il

s'agit d'une mesure hautement subjective. De plus, la relation cause-effet, si elle existe, va dans quel sens? Est-on plus vulnérable aux états dépressifs parce qu'on n'a pas d'amis, ou bien les symptômes persistants d'irritabilité et de découragement souvent liés à l'état dépressif éloignent-ils les amis ?

Des questions utilisées lors du projet pilote de l'ESQ, seules ont été conservées les questions dont les réponses avaient généré des résultats statistiques significatifs ou encore dont l'interprétation prêtait peu à confusion. Il s'agit de la satisfaction de la personne quant à :

- sa vie sociale en général,
- ses rapports avec ses amis,
- ses rapports avec son conjoint,
- ses rapports avec les personnes du milieu de travail.

4.2.3 L'accès à un(e) confident(e)

Indépendamment de la taille de son réseau social l'accès à un(e) confident(e) en qui on a confiance semble être un des éléments préventifs importants de désorganisation psychologique en temps de crise. L'ESQ a donc inclus une question pour vérifier la présence ou l'absence d'un(e) confident(e) au sein du réseau social des individus.

4.2.4 L'accès à de l'aide en temps de crise

L'accès à de l'aide concrète - organisation, dépannage, aide financière, etc.- semble réduire les risques de décompensation psychiatrique et l'élévation de la détresse psychologique. Une question sur le sujet a été ajoutée.

DEUXIÈME PARTIE
Les instruments de mesure

Dans cette deuxième partie nous reprendrons les choix faits en nous centrant sur les possibilités et les limites des instruments retenus.

Sont traités ici :

– Les instruments de mesure de l'état de santé mentale.

- Le Psychiatric Symptom Index de F.W. Ilfeld.
- L'échelle de bien-être de l'ESQ.
- Les questions sur les idées et les gestes suicidaires.
- Les questions sur les problèmes psychologiques sévères.

– Les instruments de repérage des déterminants psycho-sociaux spécifiques à la santé mentale.

- Les questions sur les événements stressants.
- Les questions sur l'intégration sociale.

1. Le Psychiatric Symptom Index (PSI) de F.W. Ilfeld

QAA (Questionnaire auto-administré), section V: "Divers problèmes personnels", 30 à 58

Le PSI est une version abrégée du Hopkins Symptom Distress Checklist, une échelle de santé mentale comprenant 54 items d'une symptomatologie significative sur le plan clinique et qui recouvre selon son auteur 4 volets spécifiques :

- la symptomatologie dépressive
- la symptomatologie anxieuse
- la symptomatologie agressive
- la symptomatologie des troubles cognitifs.

Des 54 items originaux, Ilfeld élimine les symptômes somatiques qui pourraient avoir une cause organique et retient pour les quatre dimensions mentionnées plus haut les symptômes que son analyse factorielle a isolé comme étant les plus significatifs. La sélection opérée, il reste 28 questions auxquelles Ilfeld en ajoute une sur le sentiment de solitude. Ces 29 questions deviennent le "Psychiatric Symptom Index" (Ilfeld, 1976).

Comme dans les autres échelles de santé mentale, le PSI distribue des "scores" de santé mentale calculés à partir d'un ensemble de questions à réponses fermées portant sur une variété de symptômes psychologiques ou physiques que l'on pense être liés à une variété de désordres psychiatriques, principalement d'ordre névrotique.

V- DIVERS PROBLEMES PERSONNELS

Les questions qui suivent portent sur divers aspects de votre santé

La façon dont vous vous êtes sentie(e) durant la dernière semaine a pu être différente de celle dont vous vous êtes sentie(e) l'année passée. Pouvez-vous nous dire avec quelle fréquence AU COURS DE LA DERNIERE SEMAINE

	ENCERCLER VOTRE REPONSE			
	Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
30- Vous êtes-vous senti(e) ralenti(e) ou avez-vous manqué d'énergie	1	2	3	4
31- Avez-vous eu des étourdissements ou l'impression que vous alliez vous évanouir?	1	2	3	4
32- Avez-vous senti que votre coeur battait vite ou fort sans avoir fait d'effort physique?	1	2	3	4
33- Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer?	1	2	3	4
34- Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir?	1	2	3	4
35- Vous êtes-vous senti(e) seul(e)?	1	2	3	4
36- Avez-vous eu des blancs de mémoire?	1	2	3	4
37- Avez-vous perdu intérêt ou plaisir dans votre vie sexuelle?	1	2	3	4
38- Avez-vous transpiré sans avoir travaillé fort ou avoir eu trop chaud?	1	2	3	4
39- Vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou avez-vous eu les "bleus"?	1	2	3	4
40- Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression?	1	2	3	4
41- Vous êtes-vous laissé(e) emporter contre quelqu'un ou quelque chose?	1	2	3	4
42- Avez-vous eu l'estomac dérangé ou senti des brûlements d'estomac?	1	2	3	4
43- Vous êtes-vous senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses?	1	2	3	4
44- Avez-vous remarqué que vos mains tremblaient?	1	2	3	4
45- Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes?	1	2	3	4
46- Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses?	1	2	3	4
47- Avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou à rester endormi(e)?	1	2	3	4
48- Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti(e) sur le point de pleurer?	1	2	3	4
49- Avez-vous eu de la difficulté à reprendre votre souffle?	1	2	3	4
50- Avez-vous manqué d'appetit?	1	2	3	4
51- Avez-vous dû éviter des endroits des activités ou des choses parce que cela vous faisait peur?	1	2	3	4
52- Vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement?	1	2	3	4
53- Avez-vous pensé que vous pourriez mettre fin à vos jours?	1	2	3	4
54- Vous êtes-vous senti(e) négatif(ve) envers les autres?	1	2	3	4
55- Vous êtes-vous senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e)?	1	2	3	4
56- Vous êtes-vous fâché(e) pour des choses sans importance?	1	2	3	4
57- Avez-vous eu des difficultés à prendre des décisions?	1	2	3	4
58- Avez-vous eu des tensions ou des raideurs dans votre cou, votre dos ou d'autres muscles?	1	2	3	4

Comme dans les autres échelles de santé mentale l'objectif visé par Ilfeld est de se servir de la quantité et de la qualité des symptômes rapportés pour établir dans la population étudiée la fréquence des individus :

1) vraisemblablement porteurs d'un diagnostic psychiatrique,
2) à risque moyennement élevé,
3) à risque faible.

Principales utilisations

- Recherche sur les origines sociales du stress. Chercheur principal : Leonard L. Perlin du Laboratoire des études socio-environnementales (National Institute of Mental Health).
  Lieu : Région métropolitaine de Chicago
  Echantillon : 2299 adultes de 18 à 64 ans résidant à domicile.
  Questionnaire : administré par intervieweurs (Ilfeld, 1976).
- Projet pilote de l'enquête Santé Québec. Chercheure principale : Viviane Kovess de l'Unité de recherche psycho-sociale de l'Hôpital Douglas.
  Lieu : Territoires des DSC de Rimouski et Verdun.
  Echantillon : 3138 personnes de 15 ans et plus résidant à domicile
  Questionnaire : auto-administré (Kovess, 1985).

La validation

Considérant le Hopkins Symptom Distress Checklist bien validé, Ilfeld utilise telle quelle sa version abrégée dans l'Enquête de Chicago. Il prend soin toutefois d'en vérifier certains éléments qui visent à confirmer la validité de la liste réduite selon les 3 critères suivants :

- le recours aux services d'un professionnel de la santé pour problèmes de santé mentale durant la dernière année;
- la consommation de psychotropes pendant la dernière semaine;
- le degré de "nervosité" noté par l'intervieweur.

En contrôlant pour les grandes variables socio-économiques (âge, sexe, éducation, revenu, occupation, statut matrimonial) la valeur "p" reste inférieure à $< 0{,}001$, pour ces trois critères.

Le questionnaire de Ilfeld a été traduit en français par les chercheurs du projet pilote de l'ESQ. L'absence de différences significatives entre les réponses des francophones et des anglophones permet de penser que la fiabilité de la version française est comparable à celle de la version anglaise.

Le calcul des scores

Dans l'Enquête de Chicago Ilfeld établit sa quotation comme suit : chacune des réponses aux 29 questions est notée de 0 à 3 :

jamais = 0
de temps en temps = 1
assez souvent = 2
très souvent =3

La somme des scores obtenus par un individu est divisée par le score maximum (29 X 3) et multipliée par 100 pour l'obtention d'un score standardisé sur cent.

Lors du projet pilote de Santé Québec le calcul a été fait de façon différente. "Afin d'étaler les réponses et de pouvoir mieux saisir les sous groupes" (Kovess 1985), l'écart de pointage entre les réponses devient :

jamais = 0
de temps en temps = 1
assez souvent = 3
souvent = 5.

Pour la présente enquête la quotation suggérée par Ilfeld est utilisée.

$$\text{Score P.S.I.} = \frac{\Sigma\ Q30.....Q58\ X\ 100}{3 \times 29}$$

A l'aide d'une analyse factorielle, Ilfeld a tenté de faire ressortir quatre composantes psychologiques.

Les questions concernant la symptomatologie d'un état dépressif sont les suivantes :
QAA : # 30, 34, 35, 37, 39, 43, 47,48, 49,50 53.

Les questions concernant la symptomatologie d'un état anxieux sont:
QAA : # 31, 32, 38, 40, 42, 44, 45, 49, 51, 52, 58.

Les questions identifiant des symptômes agressifs :
QAA : # 41, 54, 55.

Les questions identifiant des symptômes d'ordre cognitif sont :
QAA : # 33, 36, 46, 57.

Si certains chercheurs le souhaitent ils pourraient lors de l'analyse tenter de vérifier à l'aide d'une analyse factorielle, par exemple, si ces questions couvrent bien ces facteurs dans l'échantillon québécois ou se servir d'algorithmes pour explorer ces dimensions à partir des données de l'enquête.

Les seuils ou "cut points" de symptomatologie

Comme la plupart des échelles de santé mentale, le PSI essaie de départager les répondants à haute, moyenne et basse symptomatologie. Ilfeld explique que c'est en utilisant comme guide des études épidémiologiques antérieures qu'il a défini *arbitrairement* ses regroupements. La symptomatologie élevée est celle exhibée par les 15 % de l'échantillon ayant coté le plus haut, la symptomatologie "moyenne", celle exhibée par les 25 % suivants et la symptomatologie "basse" celle des 60 % ayant obtenu les scores les plus bas.

Dans l'enquête de Chicago, 15 % de l'échantillon a un score égal ou supérieur à 20, soit une symptomatologie élevée, tandis que dans le projet pilote de l'ESQ 15 % de l'échantillon équivaut à un score égal ou supérieur à 30 (Kovess, 1985). L'écart n'est pas expliqué à date. *Ni pour le PSI ni pour les autres échelles de santé mentale, il n'existe de critères objectifs permettant de préciser à quel niveau de symptomatologie un individu bascule de la santé dans la maladie.* Cette difficulté est inhérente à l'utilisation des échelles et a été soulignée à maintes reprises par différents auteurs. L'établissement des seuils ou "cut points" est donc laissé à la discrétion des concepteurs. Les populations à symptomatologie élevée varient de 8 % à 25 % selon les échelles utilisées et les populations étudiées.

Pour palier à ce problème et éviter d'avoir à déterminer un seuil critique de symptomatologie, nous suggérons de faire des analyses sur les scores à partir des quintiles de la population étudiée.

Symptomatologie	Enquête de Chicago	Enquête Santé Québec
Elevée	15 %	20 % 1er quintile
Moyenne	25 %	20 % 2e quintile
Basse	60 %	20 % 3e quintile
		20 % 4e quintile
		20 % 5e quintile

On sait que plus le niveau de symptomatologie s'élève, plus le risque d'être en sérieuses difficultés s'accroît. On sait aussi que les conditions socio-culturelles de l'environnement ont une influence marquante, bien que mal comprise, sur la symptomatologie de la détresse psychologique. Dans nos sociétés post-industrielles, les conditions socio-culturelles de l'environnement évoluent. Comme il est prévu de répéter périodiquement certaines des mesures de l'ESQ, il serait intéressant d'observer l'évolution des caractéristiques environnementales parallèlement à l'évolution des scores de détresse psychique à l'intérieur des quintiles de population.

2. L'échelle de Bien-être de Santé Québec (BESQ)

"Votre bien-être", QAA, questions 92a à 92n.

- *Origine*

L'échelle de Bien-être de Santé Québec s'inspire du "General Well Being Scale" de H. J. Dupuy, créé aux Etats-Unis en 1969 pour le National Center for Health Statistics et utilisé, entre autres, dans deux enquêtes d'envergure :

- le National Health and Nutrition Examination Survey, 1971, 1974,
- le Health Insurance Study, 1974

L'échelle de Dupuy est un instrument dont le but est de mesurer le bien-être psychologique ou la santé mentale positive. L'échelle originale comprenait 25 questions explorant diverses composantes du bien-être psychologique. L'échelle de Dupuy a été bien validée et elle est considérée comme une des bonnes échelles de mesure de bien-être psychologique. D'autre part on a comparé sa capacité d'identifier les niveaux de symptomatologie avec d'autres instruments (échelles de santé mentale négative) et sa performance se compare avantageusement aux autres.

En particulier les questions 1 à 14 explorent les versants positifs et négatifs de six indicateurs subjectifs d'adaptation psychologique :

I le niveau d'énergie	2 questions
II le contrôle des émotions	3 questions
III l'état du moral	2 questions
IV l'intérêt face à la vie	2 questions
V le stress ressenti	3 questions
VI la perception de l'état de santé	2 questions

Pour chacune de ces 14 questions il y a 6 réponses possibles et toutes les questions se rapportent au mois précédant l'administration du questionnaire.

Les questions 15 à 18 demandent au répondant de se noter de 1 à 10 (du négatif au positif) pour les dimensions I, III, V et VI. Les questions 19 à 24 explorent le passé du répondant (prévalence à vie et prévalence d'un an) pour documenter l'occurence de problèmes de santé mentale et le recours aux services de santé et aux services sociaux. La question 25 explore la tendance du répondant à discuter ses problèmes personnels avec ses amis ou des membres de sa famille (7 réponses possibles).

XII - VOTRE BIEN-ÊTRE

92 Maintenant pouvez-vous nous dire comment vous vous êtes sentiEe) en général au cours des douze (12) derniers mois?

		ENCERCLER VOTRE RÉPONSE			
		Presque jamais	Moins de la moitié du temps	Plus de la moitié du temps	La plupart du temps
a	Je me suis sentiEe) pleinEe) d'entrain et d'énergie	1	2	3	4
b	Je n'ai pas eu de problème avec ma santé	1	2	3	4
c	Il m'a été facile de maîtriser mes émotions (de ne pas me sentir "pognéEe)" en-dedans)	1	2	3	4
d	La vie a été plutôt ennuyeuse	1	2	3	4
e	Mon moral était plutôt bas	1	2	3	4
f	J'étais tendu(e) sur les nerfs	1	2	3	4
g	Je me suis sentiEe) de bonne humeur et le coeur léger	1	2	3	4
h	Je me suis sentiEe) passablement seulEe)	1	2	3	4
i	J'ai dû faire des efforts pour contrôler mes émotions (pour ne pas me sentir "pognéEe)" en-dedans)	1	2	3	4
j	Il s'est passé des tas de choses intéressantes	1	2	3	4
k	Je me suis fait du souci à propos de ma santé	1	2	3	4
l	Je me suis sentiEe) épuiséEe) usée), à bout	1	2	3	4
m	Je me suis sentiEe) suffisamment détenduEe)	1	2	3	4
n	Je me suis sentiEe) aiméEe) et appréciéEe)	1	2	3	4

- Modifications

Les chercheurs du projet pilote ont retenu le contenu des 14 premières questions de Dupuy, tout en modifiant le nombre et la formulation des questions. Donc seuls les indicateurs subjectifs d'adaptation psychologique auxquels on a ajouté un septième indicateur celui de la satisfaction relationnelle ont été utilisés. L'enquête de Toronto avait fait des choix comparables en se basant sur une consultation personnelle avec Dupuy.

Les dimensions retenues par Santé Québec sont :

1. l'énergie
2. le contrôle des émotions
3. l'humeur général
4. l'intérêt face à la vie
5. le stress ressenti
6. la perception de l'état de santé
7. l'isolement émotionnel

Les questions passent de la forme interrogative à la forme affirmative et pour chacune des sept dimensions une question explore le pendant positif, et une question le pendant négatif. L'interviewé choisit parmi 4 réponses possibles à chaque question. De plus la période de référence devient l'année précédant l'administration du questionnaire.

Aussi, suite à toutes ces modifications, l'échelle de bien-être Santé Québec (BESQ), bien qu'inspirée de l'échelle de Dupuy, est une échelle originale dont la validité doit être évaluée.

- Mesures et critères d'évaluation

L'opposition des paires

Une des particularités des échelles de santé mentale positive est d'explorer l'affect positif et l'affect négatif d'une dimension psychologique. Ainsi, pour explorer la perception subjective du niveau d'énergie le BESQ demande au répondant de qualifier chacune des deux déclarations suivantes :

QAAa : Je me suis senti(e) plein(e) d'entrain et d'énergie.
(1) Presque jamais; (2) Moins de la moitié du temps; (3) Plus de la moitié du temps; (4) La plupart du temps

QAAl : Je me suis senti(e) épuisé(e), usée(e), à bout
(1) Presque jamais; (2) Moins de la moitié du temps; (3) Plus de la moitié du temps; (4) la plupart du temps.

Certains auteurs ont fait valoir qu'il existe une certaine indépendance entre les mesures d'affect positif et négatif. Par contre dans l'enquête Santé Canada les coefficients gamma entre les scores positifs et négatifs ne variaient que de 0,10 à 0,15 et pour l'échelle de Dupuy, l'indépendance des scores positifs et négatifs n'a pas été démontrée (Ware et al., 1979). Lors de l'analyse, les chercheurs vérifieront qu'à l'intérieur de chaque paire, l'encerclement des réponses I ou II pour une question correspond à l'encerclement III ou IV pour la question pairée. Le prétest fait à ce stade sur les données préliminaires à notre disposition semble montrer l'opposition des affects négatifs et positifs dans chaque paire à l'exception de la perception de l'état de santé.

- Autres critères de validation

Si l'échelle du BESQ a une capacité comparable à celle d'autres échelles il devrait y avoir, selon la littérature, entre les répondants qui ont un bas niveau de bien-être psychologique et ceux qui ont un niveau élevé de bien-être psychologique des différences statistiques significatives pour ce qui est :

- de la présence d'un problème de santé chronique
- du niveau de revenu

Ces relations pourront être évaluer lors de l'analyse. Le premier rapport sur les données de l'enquête fera état des mesures de validation et de fiabilité afin d'aider les futurs utilisateurs lors de leurs analyses plus poussées sur le sujet.

Scorage de l'échelle BESQ

Notre méthode de scorage est similaire à celle que Dupuy utilise pour le calcul de ses indicateurs d'adaptation émotionnelle (Fazio, 1977).

Pour les questions concernant l'affect positif, les réponses sont codées comme suit :

presque jamais	0
moins de la moitié du temps	1
plus de la moitié du temps	2
la plupart du temps	3

Pour l'affect négatif les questions sont codées à l'inverse :

presque jamais	3
moins de la moitié du temps	2
plus de la moitié du temps	1
la plupart du temps	0

Les points s'additionnent de 0 à 6 pour chaque paire; on fait ensuite la somme des résultats des paires : sur l'échelle BESQ on obtient donc un score entre 0 et 42 (voir tableau : scorage de l'échelle de bien-être). Un score élevé (35 à 42) indique une adaptation émotionnelle positive.

3. Les questions sur les idées et les gestes suicidaires

QAA, section VI: "Le suicide", questions 59 à 62.

Les questions sur les idées et les gestes suicidaires n'ont pas été testées lors du projet pilote de l'ESQ. Elles ont été formulées et rédigées par Michel Tousignant, investigateur principal d'une recherche d'envergure sur les comportements suicidaires de cégépiens de la région de Montréal. Cette étude a permis entre autres de vérifier que des questions claires et précises sur le sujet ne semblaient entraîner ni sous déclaration des faits ni évitement (non réponses). Les questions sont intégrées au QAA dont la confidentialité est assurée. Elles cherchent à documenter des faits précis pour lesquels il suffit de répondre oui ou non. Elles évitent ainsi toute tentative de qualification quant au nombre de gestes posés et quant au contexte de vie dans lequel ces gestes auraient pu être posés. Nous tentons ainsi de diminuer la sous déclaration. D'autre part l'observation des données préliminaires indique que pour ces questions le nombre des non-réponses est inférieur à 4 %.

Les questions telles que formulées visent à documenter l'occurrence pendant la dernière année et pendant les années antérieures d'idées suicidaires sérieuses et de tentatives de suicide.

VI- LE SUICIDE

	ENCERCLER VOTRE RÉPONSE		
	Oui	Non	
59- Vous est-il déjà arrivé de penser SÉRIEUSEMENT à vous suicider (à vous enlever la vie)?	1	2	➡ Passez à Q.63
60- Cela s'est-il passé au cours des 12 derniers mois?	1	2	
61- Avez-vous déjà fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie)?	1	2	➡ Passez à Q.63
62- Cela s'est-il passé au cours des 12 derniers mois?	1	2	

TABLEAU: SCORAGE DE L'ÉCHELLE DE BIEN-ÊTRE

DIMENSIONS	AFFECT POSITIF						AFFECT NEGATIF					TOTAL
QAA 92		I Presque jamais	II Moins de la moitié du temps	III Plus de la moitié du temps	IV La plupart du temps			I Presque jamais	II Moins de la moitié du temps	III Plus de la moitié du temps	IV La plupart du temps	
1- Energie	a. Je me suis senti(e) (plein(e) d'entrain et d'énergie	0	1	2	3	+	l. Je me suis senti(e) épuisé(e), usé(e) à bout	3	2	1	0	
2- Contrôle des émotions	c. Il m'a été facile de maîtriser mes émotions (de ne pas me sentir "pogné(e)" en-dedans)	0	1	2	3	+	i. J'ai dû faire des efforts pour contrôler mes émotions (pour ne pas me sentir "pogné(e)" en-dedans)	3	2	1	0	
3- Humeur général	g. Je me suis senti(e) de bonne humeur et le coeur léger	0	1	2	3	+	e. Mon moral était plutôt bas	3	2	1	0	
4- Intérêt face à la vie	j. Il s'est passé des tas de choses intéressantes	0	1	2	3	+	d. La vie a été plutôt ennuyeuse	3	2	1	0	
5- Stress ressenti	m. Je me suis senti(e) suffisamment détendu(e)	0	1	2	3	+	f. J'étais tendu(e) sur les nerfs	3	2	1	0	
6- Perception de l'état de santé	b. Je n'ai pas eu de problème avec ma santé	0	1	2	3	+	k. Je me suis fait du souci avec ma santé	3	2	1	0	
7- Isolement émotionnel	n. Je me suis senti(e) aimé(e) et apprécié(e)	0	1	2	3	+	h. Je me suis senti(e) passablement seul(e)	3	2	1	0	

4. Les questions sur les problèmes psychologiques sévères

QRI, section VII: "Problèmes de santé chroniques", questions 45l, 45m, 45y, 45z, 45bb

Reprenant la méthodologie de l'Enquête Santé Canada, l'enquête québécoise recense les problèmes de santé chroniques au sein de chaque ménage. Ces informations sont fournies par le répondant du ménage. Le questionnaire de l'Enquête Santé Canada identifiait deux problèmes de santé mentale :

- la déficience mentale
- les troubles émotifs quelconques (sauf la déficience mentale).

Nous avons gardé la question sur la déficience mentale (QRI, 45l) et remplacé "les troubles émotifs quelconques" par 4 questions plus précises :

QRI	45 :	Y a-t-il quelqu'un dans le foyer qui présente un problème de :
	45m:	dépression
	45y:	périodes de grande nervosité ou d'irritabilité
	45z:	périodes de confusion ou de perte de mémoire fréquentes et importantes
	45bb:	période de 6 mois ou plus à avoir des visions, entendre des voix ou penser que quelqu'un l'espionne.

Ces questions permettront de différencier certains des problèmes psychologiques sévères. Toutefois pour interpréter les résultats une certaine prudence sera de mise pour les raisons que voici.

a) Au Québec le langage populaire a tendance à regrouper sus le vocable "dépression" un ensemble de troubles psychologiques assez sérieux pour nuire au fonctionnement habituel d'un individu mais qu'on ne peut associer ni à la folie (psychose) ni aux toxicomanies. Le mot "dépression" semble donc recouvrir pour le commun des mortels, auquel appartient nos répondants, un ensemble de désordres névrotiques.

b) La grande nervosité et l'irritabilité sont des symptômes communs à plusieurs syndromes psychiatriques comme par exemple les dépressions, les troubles de l'anxiété et divers troubles psychotiques. Les résultats indiqueront sans doute la distribution de symptômes assez sérieux pour être rapportés par le répondant du foyer.

c) Les états de confusion et les pertes de mémoire fréquentes et importantes peuvent renvoyer à des problèmes de santé mentale mais aussi à des problèmes d'ordre neurologique ou cérébro-vasculaire. Il faudra donc les interpréter à la lumière de l'âge et des autres problèmes chroniques physiques déclarés.

d) La question 45bb est basée sur des critères du DSM-III servant à identifier les troubles schizophréniques. Un oui à cette question identifie probablement un individu porteur de troubles schizophréniques. Par contre les individus qui en sont à leur premier épisode hallucinatoire depuis moins de 6 mois ne seront pas identifiés. De plus, d'autres critères doivent être présents pour retenir un diagnostic précis.

5. Les questions sur les événements stressants récents

QAA, section XIII: "Les changements importants dans la vie", questions 97 à 104.

Nous expliquons ailleurs dans ce cahier comment s'est opéré le choix des huit événements retenus (première partie, 4.1.1). Tout comme dans Santé Canada et le projet pilote de l'ESQ, les questions sur les événements récents sont intégrées au QAA. Mais alors que ces deux enquêtes se contentaient de recenser les événements, la présente enquête demande aux répondants de qualifier le stress ressenti s'inspirant en cela du questionnaire de la vague 2 du Epidemiological Catchment Area Program qui retenait deux qualificatifs possibles : événement très stressant, événement pas très stressant. Pour disperser l'éventail des réponses qualifiant le stress ressenti, notre questionnaire présente un choix de 4 réponses : événement extrêmement stressant, plutôt stressant, assez stressant, pas stressant.

XIII - LES CHANGEMENTS IMPORTANTS DANS LA VIE (suite)

Au cours des douze (12) derniers mois:

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

97	J'ai déménagé en dehors de ma ville ou de mon village	Oui 1	Non 2	➡ Passez à Q.98
	Si oui, cela a été pour moi: extrêmement stressant			1
	plutôt stressant			2
	assez stressant			3
	pas stressant			4
98	J'ai pris ma retraite	Oui 1	Non 2	➡ Passez à Q.99
	Si oui, cela a été pour moi: extrêmement stressant			1
	plutôt stressant			2
	assez stressant			3
	pas stressant			4
99	J'ai perdu mon emploi	Oui 1	Non 2	➡ Passez à Q.100
	Si oui, cela a été pour moi: extrêmement stressant			1
	plutôt stressant			2
	assez stressant			3
	pas stressant			4
100	J'ai divorcé ou je me suis séparé(e) de mon conjoint (ma conjointe)	Oui 1	Non 2	➡ Passez à Q.101
	Si oui, cela a été pour moi: extrêmement stressant			1
	plutôt stressant			2
	assez stressant			3
	pas stressant			4
101	J'ai été gravement malade	Oui 1	Non 2	➡ Passez à Q.102
	Si oui, cela a été pour moi: extrêmement stressant			1
	plutôt stressant			2
	assez stressant			3
	pas stressant			4
102	Quelqu'un dans mon foyer a été gravement malade	Oui 1	Non 2	➡ Passez à Q.103
	Si oui, cela a été pour moi: extrêmement stressant			1
	plutôt stressant			2
	assez stressant			3
	pas stressant			4

SI VOUS N'AVEZ JAMAIS ÉTÉ MARIÉ(E) OU N'AVEZ JAMAIS VÉCU EN UNION LIBRE, PASSEZ À Q.104

103	Mon conjoint ou ma conjointe est décédé(e)	Oui 1	Non 2	➡ Passez à Q.104
	Si oui, cela a été pour moi: extrêmement stressant			1
	plutôt stressant			2
	assez stressant			3
	pas stressant			4
104	Quelqu'un qui m'est très cher (autre que mon/ma conjoint(e)) est décédé	Oui 1	Non 2	➡ Passez à Q.105
	Si oui, cela a été pour moi: extrêmement stressant			1
	plutôt stressant			2
	assez stressant			3
	pas stressant			4

6. Les questions sur les événements anciens

QAA, section XIII: "Les changements importants dans la vie", questions 93 à 96

Pour les raisons expliquées dans la première partie de ce document, 4 questions ont été intégrées dans le QAA sur des événements de déstabilisation familiale majeurs survenus avant que le répondant n'ait atteint l'âge de 12 ans, années de pré-adolescence. Les événements retenus sont le décès du père ou de la mère, la séparation ou le divorce des parents, le placement en famille d'accueil. A notre connaissance, des questions sur ce genre d'événements apportent une information pertinente et peu commune dans les enquêtes de santé mentale. Les questions ont été choisies avec prudence. L'information est ponctuelle et non menaçante; ainsi nous avons évité de poser des questions sur l'abus sexuel.

Pour les événements survenus plus d'un an avant l'administration du questionnaire, la littérature a démontré que la mémoire des répondants concernant les dates et l'émotion ressentie était peu fiable. Les questions ont donc été formulées sous forme de renseignement d'ordre démographique auquel il suffit de répondre par un oui ou un non.

XIII - LES CHANGEMENTS IMPORTANTS DANS LA VIE

Quand j'étais enfant, avant l'âge de douze (12) ans,

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

		Oui	Non
93	Ma mère est décédée	1	2
94	Mon père est décédé	1	2
95	Mes parents se sont séparés ou ont divorcé	1	2
96	J'ai été placé(e) en foyer nourricier ou en famille d'accueil	1	2

7. Les questions sur l'intégration sociale

QAA, section XI : Votre vie en générale, questions 84 à 91, section XVI, Le travail, question 136

La question 84 essaie d'évaluer pour la dernière année la fréquence des interactions sociales du répondant et de son entourage. La question 85 tente d'évaluer pour les derniers deux mois la fréquence des temps libres passés seul ou avec d'autres.

Les questions 86, 87, 88 et 89 évaluent sur une échelle de 1 à 4 la satisfaction du répondant quant à

sa vie sociale en général, et sa satisfaction quant à ses relations avec son conjoint, ses amis, ses enfants. Les questions 90 et 91 essaient d'identifier la présence ou l'absence d'un confident, et la présence ou l'absence d'une source d'aide concrète en cas de crise. De plus la question 136 vient apporter une précision sur le support que l'individu perçoit dans son milieu de travail lorsqu'il rencontre des difficultés. A partir de ces questions des indices d'intégration sociale pourraient être développés.

XI- VOTRE VIE EN GÉNÉRAL

Les questions qui suivent portent sur les relations avec les gens qui vous entourent et sur la satisfaction face à votre vie

84 Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous participé à des rencontres avec votre parenté, vos amis ou des connaissances?

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

Plus d'une fois par semaine	1
Une fois par semaine	2
Au moins une fois par mois	3
Environ 1 fois par année	4
Jamais	5

85 Diriez-vous que vous avez passé votre temps libre au cours des 2 derniers mois

Presque entièrement seul(e)	1
Plus de la moitié du temps seul(e)	2
A peu près la moitié seul(e) et la moitié avec d'autres	3
Plus de la moitié du temps avec d'autres	4
Presque entièrement avec d'autres	5

86. Comment trouvez-vous votre vie sociale?

Très satisfaisante	1
Plutôt satisfaisante	2
Plutôt insatisfaisante	3
Vraiment insatisfaisante	4

87a) Avez-vous des amis?

Oui	1
Non	2 ➡ Passez à Q. 88

b) Si OUI, en général êtes-vous satisfait(e) de vos rapports avec vos amis?

Très satisfait(e)	1
Plutôt satisfait(e)	2
Plutôt insatisfait(e)	3
Vraiment insatisfait(e)	4

88a) Avez-vous des enfants à vous? ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

Oui	1
Non	2 ➡ Passez à Q. 89

b) Si OUI, comment trouvez-vous les relations que vous avez avec eux?

Très satisfaisantes	1
Plutôt satisfaisantes	2
Plutôt insatisfaisantes	3
Vraiment insatisfaisantes	4

89a) Êtes-vous actuellement marié(e) ou vivant en union libre?

Oui	1
Non	2 ➡ Passez à Q. 90

b) Si OUI, comment trouvez-vous votre relation de couple?

Très satisfaisante	1
Plutôt satisfaisante	2
Plutôt insatisfaisante	3
Vraiment insatisfaisante	4

90 Y a-t-il dans votre entourage ou dans votre famille, quelqu'un à qui vous pouvez vous confier, parler librement de vos problèmes?

Oui	1
Non	2

91 Y a-t-il dans votre entourage ou dans votre famille, quelqu'un qui peut vous aider si vous êtes mal pris(e)?

Oui	1
Non	2

XVI- LE TRAVAIL

REPONDEZ SI VOUS OCCUPEZ UN EMPLOI REMUNÉRÉ (SALARIÉ OU À VOTRE COMPTE) ACTUELLEMENT. SI NON PASSEZ À LA QUESTION 137

136. Êtes-vous aidé(e) par votre supérieur ou votre contremaître ou par vos compagnons(compagnes) de travail lorsque vous rencontrez des difficultés dans votre travail?

Toujours	1
Souvent	2
Quelquefois	3
Rarement	4
Jamais	5

Bibliographie

Première partie : Le cadre concceptuel et choix des variables

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition (DSMIII)*, 1980, édition francaise : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Masson, Paris, 1985.

BOZZINI, L., TESSIER, R., Support social et santé, *Traité d'Anthropologie médicale: l'institution de la santé et de la maladie*, publié sous la direction de J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin, Presses de l'Université du Québec, Institut Québécois de recherche sur la culture, Presses universitaires de Lyon, 1985, p. 905-939.

BROWN, G.W., HARRIS, T., *Social Origins of Depression*, Tavistock, Londres, 1978.

BRYANT, F.B., VEROFF, J., "Dimensions of Subjective Mental Health in American Men and Women" in *Journal of Health and Social Behavior*, 1984, 25:116-135.

CHARRON, M.F., *Le suicide au Québec : analyse statistique*, Ministère des affaires sociales, Services des études épidémiologiques, 1981.

CHENARD, L., DROUIN,D., LEVASSEUR, M., *Mesure de l'état de santé : document de travail du comité d'analyse de Santé Québec*, Santé Québec, document interne, 1985.

DEAN, A. et TANSIG M., "Measuring Intimate Support: the Family and Confidant, p. 117-128 in Lin, N., Dean, A. Ensel W., *Social Support, Life Events and Depression*, Academic Press, 1986.

DOHRENWEND, B.P., DOHRENWEND, B.S., "Perspectives on the Past and Future of Psychiatric Epidemiology" in *American Journal of Public Health*, 1982, 72:1271-1279.

DOHRENWEND, B.P., DOHRENWEND, B.S., *Social Status and Psychological Disorder*, John Wiley and Sons, New York, 1969.

DOHRENWEND, B.P., DOHRENWEND, B.S., "Sex Differences and Psychiatric Disorders", in *American Journal of Sociology*, 1976, 81:1447-1454.

DOHRENWEND, B.P., DOHRENWEND, B.S., et al., "Symptoms, Hassless, Social Supports and Life Events: Problems of Confounded measures", in *Journal of Abnormal Psychology*, 1984, Vol. 93, 2, 222-230.

DONALD, C.A., WARE, J.E., BROOK, R.H. et al., *Conceptualization and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study* Vol. IV, Rand Corporation (R-1987/HEW), Santa Monica, 1979.

EATON, W.W., REGIER D.A., LOCKE, B.Z. et al., "The Epidemiological Catchment Area Program of the National Institute of Mental Health" in *Public Health Report*, 1981, 96(4):319:326.

ENSEL, W., WOELFEL, M., "Measuring the Instrumental and Expressive Functions of Social Support, p. 129-152, in Lin, N., Dean, A., Ensel, W., *Social Support Life Events and Depression*, Academic Press, 1986.

ENQUETE SANTE CANADA, *La santé des Canadiens : rapport de l'Enquête Santé Canada*, Statistique Canada (Division de la santé), Ottawa, 1981.

FARIS, R.E., DUNHAM, H.W., *Mental Disorders in Urban Area: an Ecological Study of Schizophrenia and other Psychoses (1939)*, University of Chicago Press, Chicago, 1965.

GOTLIEB, B.H., *Social Networks and Social Support*, Sage Publications, BEverly Hills, 1981.

HOLMES, T.H., RAHE, R.H., "The Social Readjustment Rating Scale", in *Journal of Psychosomatic Research*, 11:213-218.

FRANK, J.D., *Persuation and Healing*, John Hopkins University Press, Baltimore 1961; 2e édition 1973.

HOLLINGSHEAD, A.B., REDLICH, F.C., *Social Class and Mental Illness: a Community Study*, John Wiley and Sons, New York, 1958.

JAHODA, M., *Current Concepts of Positive Mental Health*, Basic Books, New-York, 1958.

JARVIS, E., *Insanity and Idiocy in Massachusett: Report of the Commission on Lunacy. 1855.* Réédition: Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1971.

KOVESS, V., *Les indicateurs de santé mentale*, Unité de recherche psycho-sociale, Centre hospitalier Douglas, Verdun, 1982.

KOVESS, V., *Evaluation de l'état de santé de la population des territoires des DSC de Verdun et de Rimouski*, tomes I et II, Unité de recherche psychosociale, Centre hospitalier Douglas, Verdun, 1985.

LEMAY, M., *J'ai mal à ma mère*, Editions du Jour, Montréal, 1980.

LEIGHTON, D., HARDING, J.S., MACKLIND B., et al., *The Character of Danger: Stirling County Study*, Basic Book, New York, 1963.

LIN N., DEAN, A., ENSEL, W., *Social Support, Life Events and Depression*, Academic Press, 1986.

LINK, B., DOHRENWEND, B., "Formulation of Hypotheses about the True Prevalence of Demoralization in the United States" in *Mental Illness Estimates for the United States in the Eighties*, Praeger, New York, 1980, p. 114-132.

MORRELL, S.A., HIMMELFARB, S., WRIGHT, K., "Prevalence of Depression and its Correlates in Older Adults"in *American Journal of Epidemiology*, 1983, 117(2):173-185.

PAYKEL, E.S. et al., "Scaling of Life Events" in *Archives of General Psychiatry*, 1971, 25:340-347.

RADLOFF, L.S., "The CES-D Scale: a Self-Report Depression Scale for Research in the General Population" in *Applied Psychological Measuremetns*, 1977, 1:385-401.

ROBINS, L.N., HELZER, J.E., CROUGHAN, J., et al., "National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its History, Characteristics and Validity" in *Archives of General Psychiatry*, 1981, 38:381-389.

ROSENTHAL, D., KETY, S.S., *The Transmission of Schizophrenia*, Perganom Press, New York, 1968.

SCHWAB, J.J., SCHWAB, M.E., *Socio Cultural Roots of Mental Illness: an Epidemiological Survey*, Plennum Medical Book co., New York, 1978.

SPITZER, R.L., "Introduction" in *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM III)*, 1980, p. 1-12.

SROLE L., LANGNER, T.S., MICHAEL, S.T., et al., *Mental Health in the Metropolis: the Midtown Manhattan Study*, McGraw-Hill Book co., New York, 1962.

WEISSMAN, M.M., KLERMAN, G.L., "Epidemiology of Mental Disorder" in *Archives of General Psychiatry*, 1978, 35:705-712.

WETHINGTON, E., KESSLER, R.C., Perceived Support, Received Support and Adjustment to Stressful Life Events in *Journal of Health and Social Behavior*, 1986, 27:78-89.

Deuxième partie : les instruments de mesure

BARRERA, M., Distinctions between Social Support Concepts, Measures and Models, in *American Journal of Community Psychology*, 1986, 14(4):413-445.

CARMINES, E.G., ZELLER, R.A., *Reliability and Validity Assessment*, Sage Publications, Beverly Hills, 1979.

DEROGATIS, L., LIPMAN, R., COVI, L., et al., "Dimensions of Out Patient Neurotic Pathology: Comparison of a Clinical Versus an Empirical Assessment", in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1970, 34:164-171.

DONALD, C.A., WARE, J.E., BROOK, R.H. et al., *Conceptualization and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study* Vol. IV, Rand Corporation (R-1987/HEW), Santa Monica, 1979.

DUPUY, H. J., *The Research Edition of the General Psychological Well Being Schedule*, document non publié du National Center for Health Statistics, Hyattsville, 1980.

FAZIO, A.F., *A Concurrent Validational Study of the NCHS General Well Being Schedule*, U.S. Department of Health, Education and Welfare, DHEW Publication (HRA) 78-1347, 1977.

ILFELD, F.W., "Further Validation of a Psychiatric Symptom Index in a Normal Population", in *Psychological Reports*, 1976, 39:1215-1228.

ILFELD, F.W., "Psychological Status of Community Residents along Major Demographic Dimensions", in *Archives of General Psychiatry*, 1978, 35:716-724.

KOVESS, V., *Les indicateurs de santé mentale*, Unité de recherche psycho-sociale, Centre hospitalier Douglas, Verdun, 1982.

KOVESS, V., *Evaluation de l'état de santé de la population des territoires des DSC de Verdun et de Rimouski*, tomes I et II, Unité de recherche psychosociale, Centre hospitalier Douglas, Verdun, 1985.

LINK, B., DOHRENWEND, B., "Formulation of Hypotheses about the True Prevalence of Demoralization in the United States" in *Mental Illness Estimates for the United States in the Eighties*, Praeger, New York, 1980, p. 114-132.

LIPMAN, R., RICKELS, K., COVI L., et al., "Factors of Symptom Distress" in *Archives of General Psychiatry*, 1969, 21:328-338.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, *Measure Instruments of the Epidemiological Catchment Area Program, Phase II* (St.Louis Health Study).

NEUGEBAUER, R., "The Reliability of Life Events Reports" in Donhrenwend B.S. et Donrenwend B.P., *Stressful Life Events and their Contexts*, Prodist, New York, 1981.

PARLOFF, M., KELMAN,H., FRANK, J., "Comfort, Effectiveness and Self Awareness as Criteria of Improvement of Psychotherapy" in American *Journal of Psychiatry*, 1954, 111:343-351.

SEILER, L.H., "The 22 Item Scale Used in Field Studies of Mental Illness: a Question of Method, a Question of Substance and a Question of Theory", in *Journal of Health and Social Behavior*, 1973, 14:252-264.

SROLE L., "Measurements and Classifications in Socio-psychiatric Epidemiology: Midtown Manhattan Study I (1954) and Midtown Manhattan ReStudy II (1974)", in *Journal of Health and Social Behavior*, 1975, 15:347-364.

TOUSIGNANT, M., DENIS, G., LACHAPELLE, R., "Some Considerations Concerning the Validty and Use of the health Opinion Survey" in *Journal of Health and Social Behavior*, 1974, 15:241-252.

TOUSIGNANT, M., HANNIGAN, D., BERGERON, L., Le mal de vivre : comportements et idéations suicidaires chez les cégépiens de Montréal, *Santé mentale au Québec*, 1984, 9(2):122-133.

WARE, J.E., JOHNSTON, SA., DAVIES-AVERY, A., et al., *Conceptualisation and Measurements of Health for Adults in the Health Insurance Study: Vol. III, Mental Health*, Rand Corporation (R-1987/3HEW), Santa Monica, 1979.

N 4104

Perrault, Chantal

AUTEUR

Santé Québec: les mesures de santé mentale: possibilités et limites

TITRE

N 4104

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux